



La groupalité psychique dans la thérapie individuelle des schizophrènes

Guy Gimenez

► To cite this version:

Guy Gimenez. La groupalité psychique dans la thérapie individuelle des schizophrènes. Revue de psychothérapie Psychanalytique de Groupes, 1996, L'activité de pensée en groupe, 27, pp.109-119. hal-01380568

HAL Id: hal-01380568

<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01380568>

Submitted on 13 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LA GROUPELITE PSYCHIQUE DANS LA THÉRAPIE INDIVIDUELLE DES SCHIZOPHRÈNES

GUY GIMENEZ

UN CONSTAT CLINIQUE : POUR UNE LECTURE GROUPELE DU MATÉRIEL CLINIQUE INDIVIDUEL

Ma réflexion est fondée sur un constat clinique : je suis amené à penser et à gérer certaines situations de thérapie individuelle comme des situations groupales. Je me situe ici dans la lignée des travaux de W.R. Bion, F. Searles, S. Resnik d'une part et de R. Kaës d'autre part. W.R. Bion utilise la notion de « personnalité-groupe » pour décrire le psychotique ; S. Resnik évoque la notion de multiplicité du psychotique, H. Searles parle de la thérapie (individuelle) du psychotique comme « une sorte de thérapie de groupe à plusieurs voix »¹.

Ces intuitions sur la multiplicité intrapsychique du psychotique trouvent un écho dans la notion de groupalité psychique élaborée par R. Kaës (1976) à partir de ses recherches sur les « organisateurs inconscients » dans les groupes. Il étudie d'abord les effets de la groupalité dans la situation groupale (différenciant iso et homomorphie). Il pense alors la groupalité psychique comme un articulateur de la réalité psychique interne et de la réalité propre au groupe, entre l'intrapsychique et l'interpsychique, entre le subjectif et l'inter-subjectif. R. Kaës fait alors un pas de plus, retournant de façon radicale la perspective classique de l'articulation intra-interpsychique, en posant que la groupalité constitue la nature même du psychisme. La groupalité psychique caractérise la psyché et renvoie à « la structure

1. Cité par R. Kaës, 1993, p. 129.

de la matière psychique » : elle est une caractéristique structurelle de l'appareil psychique (Kaës, 1994, p. 186). En d'autres termes, la psyché est structurée comme un groupe. R. Kaës va encore plus loin en montrant que non seulement cette conception groupale de la psyché ne s'oppose pas à la théorie psychanalytique, mais qu'elle en est même le fondement : Freud a en effet pensé l'organisation de la psyché de façon groupale et dans ses activités de groupement/dégroupement. La groupalité psychique devient ainsi une notion originaire de la psychanalyse (Kaës, 1994, p. 185).

Rappelons que R. Kaës différencie deux types de groupalité psychique² : des formes élémentaires et des formes élaborées. Les formes élémentaires (et archaïques) de groupes psychiques sont des ensembles d'éléments encore insuffisamment différenciés. Elles sont constituées « de formation *composites* et *conglomérées* » comme les *noyaux agglutinés* conceptualisés par J. Bleger³. R. Kaës (1993, p. 129) décrit également des « formes plus élaborées, complexes [de groupes psychiques] dans lesquelles une structuration minimale s'est déjà effectuée ». Les groupes internes correspondent à la seconde catégorie. Ils désignent des formations (et des processus intrapsychiques) dont « les éléments sont ordonnés par une structure de groupe », comme le fantasme qui en est le paradigme (Kaës, 1993, pp. 130 et 133). Les groupes internes sont des configurations de liens, des systèmes de relation entre éléments réunis et ordonnés par une loi de composition et dotés de principes de transformation. Ils permettent la scénarisation et la dramatisation de certains enjeux psychiques.

Les formations que je décrirai renvoient à la première catégorie, plus régressive, de groupes psychiques : les groupes psychiques élémentaires ou conglomérats. J'essaierai de décrire un début d'élaboration de ces formations primitives en groupes internes, m'inscrivant dans une perspective évolutive et proposant une conception développementale des groupes psychiques. Je réfléchirai aux conditions nécessaires permettant ce type d'évolution. A travers ce travail voudrais également souligner combien les recherches sur les groupes peuvent amener de pistes nouvelles dans la conception des thérapies individuelles.

2. Pour R. Kaës, le concept de groupalité psychique est plus large que celui de groupe interne : celui-ci renvoie à des schémas d'organisation, des représentations et des constructions obtenues par l'introjection des objets perdus (Kaës, 1994, p. 127). « La notion de groupalité psychique [décrit] l'organisation de la matière psychique » (Kaës, 1994, p. 129).

3. R. Kaës parlera également de « groupes internes morcelés du psychotique » dans son ouvrage *Le groupe et le sujet du groupe* (p. 307).

HYPOTHESES

Je présenterai deux hypothèses de travail. Première hypothèse : considérer le matériel clinique individuel de la thérapie de patients psychotiques de façon groupale peut permettre de recevoir, de penser et d'élaborer des éléments qui, autrement, seraient resté éparpillés. Penser le sujet individuel *comme un groupe* peut constituer ce qui lui manque parfois pour le rendre mentalisable et pensable. Se figurer la multiplicité du patient psychotique *comme un groupe* peut constituer ce qui fait lien, enveloppe, contenant, unité, structure.

La seconde hypothèse concerne la gestion du contre-transfert : ces situations cliniques, du point de vue contre-transférentiel, mobilisent, tout comme la situation groupale, la part groupale du clinicien, ou « ce qui en chacun de nous est groupalité », comme dit J.B. Pontalis (1963, p. 126). Un aspect de la thérapie individuelle du psychotique pourrait consister en un travail de groupalisation intrapsychique, c'est-à-dire rendre possible la constitution de groupes internes chez le patient à partir de ses parts dissociées, à partir du multiple en lui encore trop peu structuré, à partir de son conglomérat.

MATERIEL CLINIQUE

J'ai repéré cette multiplicité chez de nombreux patients schizophrènes. J'évoquerai rapidement trois cas.

Jean-Marc

Le premier, Jean-Marc, patient schizophrène de vingt-sept ans, présente des scénarios délirants et hallucinatoires dans lesquels les personnages sont figurés de façon *démultipliée*⁴. Il est accompagné de ce qu'il nomme son ou ses à-côtés, ses interlocuteurs également. Cela donne des interactions complexes et croisées entre quatre interlocuteurs aux cours des entretiens : moi, mon à-côté, lui, son à-côté, qui tous quatre se parlent et peuvent également communiquer par télépathie. Jean-Marc explique qu'un jour, alors qu'il observait un homme au volant de sa voiture, il s'est aperçu que cet homme n'était autre que lui-même. Pour vérifier qu'il s'agissait bien de lui, il a fait le geste de tourner le volant et la voiture a esquissé un virage. Une autre fois, alors qu'il jouait aux tarots, il s'est soudain rendu compte d'une réalité pourtant évidente : ses trois partenaires étaient lui, trois lui-même. « Les trois, me dit-il, c'était moi. Ils avaient tous mon

4. Ce patient est présenté dans Gimenez, 1992, pp. 103-115.

visage et le quatrième aussi »⁵. Jean-Marc évoque ainsi les reflets morcelés, parts diffractées de lui-même qu'il ne peut encore unifier en une seule personne. Cette multiplicité, démultiplication du semblable (Kaës, 1993), pensées comme un groupe archaïque conglomérat m'a permis de mieux gérer les interactions complexes avec le patient, nos à-côtés et nos échanges télépathiques.

J'étais attentif à ses attitudes d'écoute, ses regards vers un personnage à côté de moi, ses réactions et réponses à des questions que je n'avais pas posées, et j'émettais des hypothèses quand à nos échanges supposés. Quand les indices convergeaient, je regardais, comme lui, vers l'à-côté, je faisais part au patient de mon sentiment qu'ils venaient d'échanger avec mon à-côté, et j'avais la surprise qu'il complète, qu'il explicite. Il pouvait alors évoquer à haute voix « ce que nous nous disions tout bas par télépathie », et ce que disaient nos à-côtés. Nous pouvions prendre en compte, dans la thérapie, ces échanges que je commentais alors en m'adressant à la fois à lui et à ces personnages, porteurs des parts diffractées de lui-même.

Sibylle

Le second cas est une patiente, Sibylle⁶, d'une cinquantaine d'années, qui halluciné depuis sept ans des messages cibistes qui lui sont envoyés quelquefois simultanément, tout au long de la journée. Elle consulte parce qu'elle a du mal à penser : on répète souvent ses pensées à haute voix. Quelques-uns de ses interlocuteurs hallucinés sont stables et identifiés par elle. Les entretiens sont très vite saturés par ces interlocuteurs imaginaires qui émettent et essaient d'entrer en contact avec moi, commentant ce que je dis. Je me sens au milieu d'un *groupe qui ne s'écoute pas*, dans une cacophonie de voix que je n'entends pas et dont elle est la seule réceptrice. Je l'invite à traduire tout haut ce qu'ils lui disent tout bas dans les oreilles, dans la gorge, dans la bouche. Et comme ils participent activement à l'entretien, je signifie à la patiente que je les attendrai *tous* la prochaine fois⁷. La secrétaire me suggère de coter un acte de thérapie de groupe.

5. Devant un miroir, Jean-Marc se regardait et voyait un autre visage, celui d'un vieillard, trois morts, ou encore un animal : une forme sombre, un porc, un rat, des petits diables, l'envers d'une étoile. Dans ce miroir, il a également vu son image, de face, de profil droit et de profil gauche, en même temps, comme dépliée en trois facettes. De face, il reconnaissait son propre visage, de profil droit : le visage du Christ avec sa couronne d'épines ; de profil gauche : ce que ses « à-côtés » nomment les « maîtres du futur » ou Antéchrist.

6. Nom désignant une femme inspirée qui transmettait les oracles des Dieux.

7. J'apprendrai leurs noms, et quand je connaîtrai ces noms et leurs identités, ils commenceront à utiliser des « prête-noms » et des « truqueurs de voix », mettant en scène le processus même de dégroupement et de déliaison.

Le troisième patient est Farid. C'est celui que j'aimerais présenter plus en détail⁸.

Farid

Farid est un patient schizophrène de vingt-trois ans, adressé par son psychiatre, à sa sortie de l'hôpital. Je présente le début du premier rendez-vous.

Présentation du premier entretien

Scène 1. Première voix (Shafeoui)

Farid entre dans le bureau et dit : « Je me présente : Shafeoui ». Je lui demande à quoi lui fait penser ce nom et il reprend aussitôt : « A vous », et il continue : « Comment ça s'appelle ce que vous voyez dans mes yeux ? ». Un peu pris de cours, je reformule simplement (trop en miroir) : « Ce que je vois dans vos yeux ? » Il reprend : « Oui, ce que vous pensez ». Je dis alors : « Je verrais dans vos yeux ce que je pense ? »

Scène 2. Seconde voix (Furax)

A ce moment, il serre les dents avec une grande violence. Ses muscles se tendent, il change de voix. J'ai l'impression qu'il change de visage. Sa mâchoire est alors extrêmement crispée. Je suis un peu sidéré par ce qui se passe. Il parle alors, tendu, les dents très serrées et j'ai de grandes difficultés à saisir ce qu'il énonce. Je crois deviner : « Une mante religieuse ça mange ». J'associe à l'oralité, manger les mots, mâcher les mots, se dévorer des yeux, etc., et je m'entends reformuler, comme pour vérifier que j'ai bien entendu : « La mante religieuse ça mange... »

Scène 3. La troisième voix (le petit garçon et la mère)

Il m'interrompt, prenant une voix de petit garçon (troisième voix) : « Vous aimez la chantilly ? » (m'interpellant sur ma propre dévoration, ma propre avidité). Je dis : « Ça se mange aussi ». Il continue avec la voix de petit garçon : « J'aime ».

Scène 4. Furax (troisième voix)

Il resserre les dents, la mâchoire presque tétanisée, son visage se crispe à nouveau. Il dit (reprenant sa troisième voix) : « Je vois des images, c'est Sylvie » (nom qu'il donnera chaque fois pour désigner sa mère qu'il hallucine). Un silence suit.

8. Une autre figure du multiple est celle du possédé « homme-groupe » qui « parle à plusieurs voix » (Kaës, 1993, p. 235). Cette forme d'expression de groupe psychique sera travaillée spécifiquement dans une recherche ultérieure.

Scène 5. La mère Sylvie en colère et le petit enfant

Son visage est envahi d'une grande colère et il saisit une règle en bois posée sur le bureau, il lève la main comme s'il s'apprêtait à me battre. D'une voix d'adulte en colère, il crie en me regardant : « C'est quoi ce putain de minot ? » puis désigne quelque chose à ma gauche. Il continue : « Il connaît des femmes de trente, quarante ans » (je ne comprendrai que plus tard qu'il montrait les femmes hallucinées « cocoricogirls femmes X » souvent présentes dans les entretiens). Je l'invite à parler du minot. Il reprend sa voix de petit garçon et il dit : « Moi ». Je le sens comme un petit garçon, démuné. Je comprends qu'il est redevenu le petit garçon contre lequel la mère est en colère. Je ne le sens pas du tout jouer, mais être envahi par des scènes dans lesquelles il est pris. Il reprend après un moment : « Une mère Sylvie, une deuxième mère, vous vous comprenez ».

Réactions contre-transférentielles et sensation de multiplicité

Là, un court instant, je me sens perdu, éparpillé, morcelé. Je ne sais plus qui il est, qui je suis, et quelle est la scène. J'ai le sentiment que le patient m'appréhende comme il s'appréhende lui-même, comme des morceaux non encore unifiés. Je me sens éparpillé à la fois à l'intérieur de moi-même et dans mon corps. Je repère des sensations corporelles étranges et étrangères, et l'espace d'une fraction de seconde, je me demande qui je suis. Et la sensation du *multiple* prend une grande place. Je sens que le patient a déposé en moi, par identification projective, du multiple, non encore suffisamment différencié et non encore relié, et unifié. Je me sens multiple comme le patient est multiple. Je me sens lieu de dépôt. Il me convoque à ce lieu du multiple à l'intérieur de moi-même, me rappelant avec vigueur que moi aussi je suis multiple dans la constitution même de mon psychisme et que c'est avec cette part là de moi-même qu'il faudra que je travaille.

Emergence de la pensée d'un groupe

Dans ce flou, je pense à un groupe. Je pense que le patient est plusieurs, et que je me sens moi-même plusieurs, mais éparpillés, morceaux épars, insuffisamment reliés. Je pense à une personne multiple qui me montrerait des facettes étrangères d'elle-même non encore intégrées. Et pensant à ce groupe qu'il devenait pour moi, derrière un visage unique, je commence davantage à me repérer, et en même temps, à penser. C'est ainsi qu'après la *sensation du multiple*, s'impose à moi la *pensée du groupe*. Je me sens ainsi, face à un patient-groupe, convoqué en tant que groupe porteur du groupe interne du patient en attente de se constituer, de se structurer.

DÉVELOPPEMENT D'UNE MÉTHODE

Le patient m'apparaissait ainsi comme ce qu'il n'était pas encore, c'est-à-dire comme un groupe diffracté de personnages restés autonomes à l'intérieur de lui et de façon projective chez son interlocuteur. Après coup, je me rends compte que j'effectuais avec lui un triple travail : un travail de différenciation le concernant, un travail de différenciation me concernant et un travail de liaison.

Un travail de différenciation concernant le multiple chez le patient

J'effectuais d'abord un travail de *différenciation* ou de discrimination des différents personnages chez le patient à partir de la voix (intonation, rythme, etc.), des tensions du visage, de ses attitudes corporelles et des affects que je repère en lui. Il s'agit d'un travail de déliaison ou plutôt de « décompactisation » du conglomerat, de différenciation des parts non encore reliées du patient. Je crée ainsi pour moi-même la représentation d'un groupe et me surprends à différencier les personnages que je nomme intérieurement. Je repère leur succession : Shaféoui (qu'il n'évoquera plus), le personnage en colère (qu'il nommera « Furax »), le petit garçon perdu, fragile et « pensatif » (selon son expression), la mère (en colère) Sylvie. La relation clinique individuelle ouvre ainsi l'accès, comme le décrit R. Kaës (1994, p. 308), à la dimension de la plurivocalité. Le clinicien « est de ce point de vue celui qui, pour devenir interprète, s'est trouvé d'abord confronté à ce polyglottisme psychique requis pour traduire, transposer, reconnaître les multiples versions des discours de plus-d'un-autre ».

Un travail de différenciation concernant le multiple chez le clinicien

Dans le même temps, j'essaie de discerner, de discriminer le personnage que le patient me fait devenir, par son omnipotence, dans des scénarios délirants et/ou hallucinatoires (c'est la seconde facette du travail). Par exemple, je saisis que pour lui je suis devenu le petit garçon alors qu'il est devenu la mère Sylvie, puis il est redevenu à son tour le petit garçon. Je repère ainsi la place qu'il m'assigne de façon hallucinatoire ou délirante.

C'est une partie de la difficile analyse du contre-transfert, à partir des scénarios qui émergent en moi et des affects qu'il me fait ressentir (Gimenez, 1996). Le patient m'interpelle ici sur ma propre groupalité : vais-je accepter d'être porteur — au sens de la fonction phorique décrite par R. Kaës (1994) — du personnage qu'il me fait devenir à un moment donné ? N'est-ce pas là un des aspects de ce

que Bion désigne par « devenir O », transforme par identification avec le patient (Bion, 1970, p. 63) ? Pour ma part, je me pose la question de ce « devenir O » en groupe, dont une des composantes pourrait être le processus de transformation par contact au groupe interne du patient (Bion, 1970, p. 63).

Un travail de liaison des éléments différenciés

Progressivement, se constituait une configuration de liaison (une structure de liens) chez le clinicien puis chez le patient. S'élaborait ainsi une configuration constituée d'éléments différenciés, reliés dans leur différence et intégrés dans un ensemble structuré (et délimité par une limite ou enveloppe permettant de différencier un intérieur et un extérieur), c'est-à-dire un groupe interne.

Deux ans plus tard, alors qu'il se sentira bien moins éparpillé, appréhendant ces personnages comme autant de parts de lui-même, Farid dira : « Furax à l'intérieur de moi-même », « Sylvie à l'intérieur de moi-même », etc. Et il commentera ainsi les premiers entretiens : « Vous parliez bizarre avec moi au début, merci de m'avoir aidé ».

LA GROUPALISATION ET LA CONSTITUTION DE L'ENVELOPPE DU MOI

La visée de la thérapie est alors d'accompagner la transformation de cette groupalité archaïque (conglomérat) en *groupe interne*. Dans les entretiens, je m'adresse à celui qui parle et en même temps à l'ensemble, *comme* dans une scène de *groupe*. J'appréhende ainsi *comme* un groupe ce qui ne l'est pas encore mais qui pourra peut-être le devenir. Je prends ainsi le parti et peut-être le risque d'appréhender comme une polyphonie ce qui pourrait apparaître de prime abord comme une cacophonie. Et les théories sur le fonctionnement psychique des groupes me permettent de préorganiser et de constituer un espace pour y loger ce qui pourrait apparaître chaotique et morcelant : une scène dans laquelle, le « sujet parle à plusieurs voix, à plusieurs Moi [...] » (Kaës, 1994, pp. 306-307).

Il me semblait nécessaire de laisser dans un premier temps *l'omnipotence* au patient, comme nous y invite Winnicott (1971) au temps de l'illusion, pour progressivement insérer de petits écarts indiquant ma présence (Gimenez, 1994b). Je commençais à commenter avec lui les scènes en reliant verbalement son état interne et les personnages joués : « Vous avez été en colère et avez été Furax » ; « Vous

9. Nous pensons qu'avec les patients psychotiques, il est nécessaire, dans un premier temps, de présenter l'objet (et donc nous-mêmes comme cliniciens), de façon analogue à ce que décrit D.W. Winnicott pour la mère face au nourrisson : « L'objet lui est présenté de telle sorte que son expérience légitime d'omnipotence ne s'en trouve pas violée pour autant. Il peut en résulter que le bébé est alors capable d'utiliser l'objet et d'avoir le sentiment que cet objet est un objet subjectif que lui-même a créé » (Winnicott, 1971, p. 154).

vouliez vous battre et vous vous êtes senti devenir Bruce Lee » ; « Comme Spiderman, vous vouliez vous jeter par la fenêtre pour vous raccrocher au dernier moment avec vos tentacules ». Et quand le patient me regarde étrangement, me signifiant que ce n'est pas lui qui a prononcé cette phrase, ou effectué tel ou tel acte, mais Spiderman, ou Sylvie, ou le Dr Dox, je lui signifie que cette phrase prononcée à l'*extérieur* de lui (ou tel acte agi à l'extérieur de lui) peut sûrement nous aider à traduire ce qui se passe *en lui* et qu'on a du mal à comprendre. Je signifie là un mode de fonctionnement analogue à la fonction phorique : un personnage à l'extérieur de lui est porteur de ce qu'il ne peut encore figurer.

Je *commente* les scènes qui se déroulent dans les entretiens et qui ont un double statut pour les deux interlocuteurs : mises en scène délirante et hallucinatoire pour lui ; jeu, fantasme, pensée, pour moi. Je verbalise ainsi et commente ce que le patient met en scène en accolant puis en articulant les deux niveaux hétérogènes de cette scène : la *réalité* que cette scène *est* pour lui, le *jeu* (au sens winnicottien) qu'elle est pour moi, et le scénario fantasmatique qu'elle pourra peut-être un jour devenir pour lui (c'est-à-dire ayant alors le statut de groupe interne).

Je suis dans les entretiens à la fois celui qui « participe à la scène » et celui qui commente. Le patient, lui, ne joue pas ; il n'y a pas pour lui d'écart entre la scène et la réalité. Je verbalise la scène de son point de vue, ensuite j'essaie d'accoler puis d'articuler un commentaire (ou une interprétation) de mon point de vue. Je formule ainsi des interventions tournées à la fois vers le patient, sa représentation de la réalité extérieure, et vers ma réalité externe.

Mes interventions ont alors vocation d'être des *interfaces* entre nos deux univers (interventions doubles-faces) ayant en commun le vécu de la séance (le O de l'entretien, dirait Bion). Ces interventions visent ainsi à relier deux vertex, deux points de vue hétérogènes. L'un des deux est groupai. Une des faces de mon intervention vise à garder le contact avec l'omnipotence du patient (construction du délire ou l'hallucination) : de ce point de vue-là, le patient est bien Spiderman, il est bien Furax, etc. L'autre face est tournée vers moi (et devrait pouvoir indiquer la marque de la symbolisation, du manque, de la finitude, de la castration, du sens, et donc aussi de la perte).

J'en présente un court exemple. Un jour, il s'adresse à moi ainsi qu'à d'autres personnages hallucinés qu'il voit dans la pièce : « Sautons par la fenêtre ». Me revient à l'esprit ce qui s'est passé six mois auparavant : il avait sauté du cinquième étage de son appartement. Il était devenu Spiderman et s'était senti accompagné d'autres personnages, tous d'accord pour sauter du cinquième étage avec lui. Quelques semaines auparavant, il m'avait ainsi commenté sa chute qui s'était soldée par un état très critique : « Je ne me suis pas rattrapé avec mes tentacules, et quand je suis arrivé en bas, sur le macadam, je

me suis retrouvé tout seul ». Alors que cet événement me revient, Farid s'est levé et s'approche de la fenêtre qu'il ouvre rapidement. Je m'apprête à me lever également d'un bond mais j'hésite, bien décidé tout de même à intervenir s'il enjambe la fenêtre. Je pense à sa mère qu'il décrit comme tentaculaire, comme une araignée qui tisse sa toile dans laquelle elle l'a mis (pour lui, ce n'est pas une métaphore, il la voit quelquefois tisser sa toile). Je lui dis alors deux choses : l'une pour faire le lien avec Spiderman, l'autre pour parler de notre relation. Je lui dis qu'il prend le risque que les tentacules qu'il voit et sent sur lui ne lui permettent pas de s'accrocher, au dernier moment, comme la dernière fois. J'ajoute que s'il saute, nous ne pourrons plus parler ensemble, qu'il va se priver de l'entretien et de ma présence, et qu'il va se retrouver seul, comme l'autre fois, et sans ceux qui lui promettent de sauter avec lui. Puis après un silence, il ajoute : « Vous êtes intelligent, vous ne voulez pas sauter », et il se rassoit. Puis au bout d'un moment, visiblement ému, il ajoute : « Merci ».

Ainsi, je ne m'intègre pas dans le délire et ne me maintiens pas défensivement exclu de cette construction délirante, mais je me positionne au seul endroit qui pourra peut-être l'aider : entre les deux, dans ce troisième espace en construction, en co-construction. Et je sens que se constitue, dans la dynamique des entretiens, un espace qui n'est ni le sien ni le mien, ni celui du délire et de l'hallucination, ni celui du jeu et de la pensée, mais un troisième espace. Peut-être né de la création d'une interface : l'une des faces tournée vers lui, l'autre tournée vers moi et se tolérant mutuellement pour progressivement s'articuler et se relier.

Se construit ainsi un espace commun (espace d'illusion), bordé par une enveloppe dans laquelle il devient possible de loger les personnages du patient, enveloppe dans laquelle je suis inclus. Le patient pourra loger cet espace au fond de lui. Et sentant que je tolère son monde interne, sa multiplicité et sa façon d'appréhender le monde, le patient tolérera progressivement mon monde interne, son unité et son traitement de l'objet absent par la pensée.

Deux ans après le début des entretiens, le patient me dira, fort triste, que je ne l'accompagne plus comme d'habitude à l'arrêt du bus, je ne suis plus là chez lui tous les jours, dans sa maison, dans son quartier. Il arrête de m'halluciner et commence à penser à moi ; et dans un même temps, il commence à se penser et à penser au monde, même s'il a, par ailleurs, toujours la sensation qu'une machine le commande et le fait agir.

Bibliographie

- ANZIEU, D. 1985. *Le Moi-peau*. Paris, Dunod.
- BION, W.R. 1965. *Transformations*. Paris, PUF, 1982.
- BION, W.R. 1970. *L'attention et l'interprétation*. Paris, Payot, 1974.
- GIMENEZ, G. 1992. « L'objet culturel pour penser l'hallucination négative ». *Dans : Objet culturel, travail psychique*. Actes des journées d'études de psychologie sociale clinique organisées par le COR, Arles, février 1992, pp. 103-115.
- GIMENEZ, G. 1994a. « Entre chaos et pensée, l'hallucination, un contenant pré-symbolique ». *Dans : Anzieu, D. et al. L'activité de pensée, émergences et troubles*. Paris, Dunod, pp. 145-156.
- GIMENEZ, G. 1994b. « Le clinicien et l'halluciné ». *Psychologie médicale*. Volume 26, n° 12, pp. 1307-1309.
- GIMENEZ, G. 1996. « Objet de relation et gestion du lien contre-transférentiel avec une patiente hallucinée : les couleurs d'une rencontre ». *Dans : Objet et contre-transfert*. Actes des XI^e journées d'études du COR (Clinique des objets de relation), Arles, 1^{er} et 2 avril 1995.
- KAËS, R. 1976. *L'appareil psychique groupai*. Paris, Dunod.
- KAËS, R. 1993. *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris, Dunod, pp. 232-234.
- KAËS, R. 1994. *La parole et le lien. Processus associatifs dans les groupes*. Paris, Dunod.
- KAËS, R. 1994. « A propos du groupe interne, du groupe, du sujet, du lien et du porte-voix chez Pichon-Rivière ». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupes*. N° 23, pp. 181-200.
- PEDINIELLI, J.P. ; BERTAGNE, P. ; VON KRACHT, H. 1990. « Paroles de psychotiques ». *Nervure*. 3, n° 7, pp. 10-18.
- PONTALIS, J.B. 1963. « Le petit groupe comme objet ». *Dans : Après Freud*. Paris, Julliard, 1965.
- WINNICOTT, D.W. 1971. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris, Gallimard, 1975.